

DES ADHÉRENCES
DE
L'APPENDICE VERMICULAIRE

AVEC LES ORGANES AVOISINANTS
DANS LES OPÉRATIONS INTRA-ABDOMINALES

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Avril 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BENOIT CHOIGNON

Né le 6 Décembre 1870, à Saint-Jean-des-Ollières (Puy-de-Dôme)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Avril 1894

DES ADHÉRENCES
DE
L'APPENDICE VERMICULAIRE

AVEC LES ORGANES AVOISINANTS

DANS LES OPÉRATIONS INTRA-ABDOMINALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Avril 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BENOIT CHOIGNON

Né le 6 Décembre 1870, à Saint-Jean-des-Ollières (Puy-de-Dôme)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{	OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.		PIERRET.
Physique médicale.		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.		LORTET.
Anatomie.		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne.		TEISSIER.
Pathologie externe.		BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER.
Médecine opératoire.		POLLOSSON (MAURICE).
Médecine expérimentale et comparée.		ARLOING.
Médecine légale.		LACASSAGNE.
Hygiène.		ROLLET.
Thérapeutique.		SOULIER.
Pharmacie.		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. JABOULAY et CONDAMIN Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR — A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MON COUSIN, LE DOCTEUR B. BOYER

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BEYROUTH

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR PONCET

A MES MAÎTRES
dans les Hôpitaux de Lyon

INTRODUCTION

La chirurgie de l'appendice vermiculaire est à l'ordre du jour : depuis que l'attention a été attirée sur ce diverticule intestinal par suite de la nouvelle conception des inflammations de la région cæcale, on a beaucoup écrit sur ce sujet considéré soit au point de vue anatomique, soit au point de vue pathologique. C'est ainsi que du service de M. le professeur Poncet sont sortis différents mémoires ayant trait à cette question : nous citerons les thèses inaugurales de M. Margery sur une forme particulière d'appendicite et de M. Lafforgue sur les tumeurs de l'appendice vermiculaire.

Sous l'inspiration de notre maître, M. le professeur Poncet, nous avons consacré le présent travail à l'étude d'un point tout spécial de la pathologie de l'appendice, les

adhérences qu'il peut contracter avec les organes avoisinants.

Pendant notre stage à la clinique chirurgicale, il nous a été donné d'assister à une opération laborieuse d'ovariotomie pour une énorme tumeur de l'ovaire droit avec adhérences multiples. Dans le cours de l'opération, M. le professeur Poncet s'aperçut que l'une des adhérences se présentait sous la forme d'un cordon allongé paraissant inclus dans la paroi. Il supposa alors qu'il pouvait s'agir de l'appendice et lorsque le kyste eut été enlevé, il chercha en prenant le cæcum comme point de départ ce qu'il était advenu de ce diverticule intestinal. Il avait été en outre appelé à s'enquérir de son état par une petite hémorragie persistante provenant du fond de l'excavation pelvienne et qui était due à la blessure de l'artère appendiculaire. Il n'existait pas de déchirure de l'appendice, mais son méso avait été arraché sur une assez grande étendue lors de la rupture des adhérences. Dans la crainte d'une perforation ultérieure ou de sphacèle, M. le professeur Poncet pratiqua la résection de l'appendice.

Suivant son conseil, il nous a paru intéressant de rechercher dans quelles proportions il pouvait exister des adhérences entre l'appendice et les organes avoisinants spécialement dans le cas de laparotomie pour lésions inflammatoires ou tumeurs du petit bassin.

La situation anatomique variable de l'appendice, sa longueur, sa mobilité, son siège dans l'excavation pelvienne

chez certains sujets, enfin ses rapports immédiats avec les annexes du côté droit nous laissent supposer que, dans les opérations nécessitées par les lésions de ces organes, l'appendice pouvait être intéressé et, au point de vue opératoire, rentrer en ligne de compte.

Notre thèse comprendra divers chapitres :

Dans un premier chapitre, nous étudierons l'anatomie chirurgicale en insistant spécialement sur les points que nous pourrons utiliser dans la suite de ce travail.

Le chapitre deuxième sera consacré à l'étude des adhérences de l'appendice vermiculaire en général et spécialement avec les viscères abdominaux normaux ; nous verrons quels accidents ces adhérences peuvent déterminer.

Le chapitre troisième comprendra certaines considérations sur les adhérences de l'appendice avec les tumeurs inflammatoires des annexes.

Dans le chapitre quatrième, nous relaterons les observations comparables à celle que nous avons résumée au commencement de ce paragraphe, c'est-à-dire les observations d'adhérences de l'appendice avec les tumeurs intra-abdominales.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous indiquerons quelle conduite doit-être suivie lorsque l'appendice est adhérent.

Le sujet dont nous nous occupons a, comme on le voit, un grand intérêt pratique : nous verrons que des déchirures, des perforations de l'appendice ont succédé à des ablations

de tumeurs abdominales adhérentes, et que, méconnues, elles ont entraîné des accidents mortels à brève échéance.

Dans la littérature chirurgicale et gynécologique, malgré nos recherches, nous n'avons pu trouver qu'un petit nombre de faits d'adhérences, et les quelques observations de ce genre que nous avons réunies, ne consistent le plus souvent que dans la simple mention de cette complication opératoire. Nous nous sommes donc efforcé de faire un travail d'ensemble sur ce sujet et, si nous sommes resté au-dessous de notre tâche, nous réclavons toute la bienveillance de ceux qui nous jugeront.

Avant de commencer cette étude, nous sommes heureux de trouver dans une ancienne tradition l'occasion de nous acquitter de la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers nos maîtres.

C'est à M. le professeur Poncet que revient l'idée première de ce travail. Qu'il nous soit permis de remercier ici ce maître bienveillant de l'obligeance avec laquelle il a dirigé nos efforts. Nous le prions d'accepter l'expression de notre sincère reconnaissance pour l'accueil sympathique qu'il nous a toujours montré dès le début de nos études médicales. Nous lui exprimons notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Pour mener à fin ce modeste travail, nous avons demandé des conseils à plusieurs de nos maîtres, à la Faculté et dans les hôpitaux. M. le professeur Laroyenne,

M. le professeur Fochier, MM. les professeurs agrégés Jaboulay et Condamin nous ont toujours accueilli avec la plus grande bienveillance et nous sommes heureux de pouvoir leur exprimer ici tous nos remerciements.

M. le professeur agrégé Chandelux, M. le docteur Gouilloud, ancien chef de clinique gynécologique, ont bien voulu nous communiquer de très intéressantes observations inédites : ils nous ont grandement obligé par l'empressement qu'ils ont mis à nous faire part de ces documents.

Pendant notre passage dans les hôpitaux comme externe, nos maîtres, MM. H. Mollière et Colrat, médecins des hôpitaux de Lyon, nous ont prodigué des marques d'intérêt et de sympathie : qu'ils veuillent bien accepter l'expression de nos sentiments de respectueuse gratitude pour l'enseignement clinique dont nous avons pu profiter dans leur service.

DES ADHÉRENCES
DE
L'APPENDICE VERMICULAIRE
| AVEC LES ORGANES AVOISINANTS
dans les Opérations intra-abdominales

CHAPITRE PREMIER

L'étude des affections appendiculaires a conduit les anatomistes à reprendre la description de l'appendice vermiforme, et dans ces dernières années, de nombreuses monographies ont été consacrées à l'étude de ses diverses particularités. Nous n'avons pas la prétention de faire ici l'anatomie complète et détaillée de l'appendice, nous voulons seulement insister sur quelques points spéciaux, plus en rapport avec notre sujet. C'est surtout aux mémoires de Clado et Lafforgue que nous emprunterons ces détails.

L'appendice iléo-cæcal, appelé encore appendice ou processus vermiculaire, est un diverticule intestinal qui s'implante sur la partie inférieure du cæcum et le continue.

Il naît sur l'extrémité libre de la première portion du gros intestin, à l'endroit où les trois bandelettes s'entre-

croisent, c'est-à-dire sur la partie interne ou postéro interne, à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur. L'abouchement dans le cæcum se fait à 2-3 centimètres au-dessous de la portion terminale de l'intestin grêle.

Ainsi implanté, l'appendice se présente sous la forme d'un petit tube cylindrique, de la grosseur d'une plume à écrire ou un peu plus. On remarque assez souvent à sa partie moyenne une sorte de dilatation qui le rend fusiforme : il peut aussi exister des bosselures.

Il est généralement flexueux et infléchi, ce qui est en rapport avec la tension de son méso. Pour bien voir les sinuosités qu'il décrit, il convient de l'insuffler : on remarque alors qu'à la façon du canal cystique il décrit un à deux tours de spire.

Nous devons signaler quelques formes exceptionnelles de l'appendice, surtout intéressantes au point de vue pathologique : il peut être exactement spiral (5 pour 100 dans la statistique de Lafforgue). Le même auteur, dans deux cas, l'a trouvé décrivant un double cercle à la façon d'un 8 de chiffre et dans quatre autres le 8 était incomplet, la boucle qu'il décrivait donnait assez bien la représentation du sigma grec. Nous reviendrons sur l'importance de ces formes comme pouvant favoriser l'étranglement interne.

La longueur moyenne comprend deux groupes (Lafforgue) de 7-9 centimètres et de 10-12 ; mais on peut rencontrer des appendices qui mesurent jusqu'à 18 et même 22 centimètres (Cruveilhier, Lannelongue), par contre il en existe de fort courts ne mesurant pas plus de 2-3 centimètres. On a même signalé l'absence complète de l'appen-

dice. Sa longueur, contrairement à ce que pensent certains auteurs étrangers, ne serait pas en rapport avec une diminution de la longueur du cæcum. Un point à noter, c'est que l'appendice a atteint son état définitif chez le nouveau-né. A partir de trente ans il diminuerait de longueur (Ribbert).

Rien n'est plus variable que la situation et la direction générale de l'appendice. M. le professeur Condamin a insisté sur ce point dans son article de la *Province médicale*. Les auteurs ne sont nullement d'accord sur ce sujet.

D'après Trèves, il se dirigerait le plus souvent à gauche. Sur 200 cadavres, Fergusson trouve l'appendice :

- 19 fois le long du bord du cæcum ;
- 11 — descendant vers le bassin ;
- 18 — sur le bord interne du cæcum ;
- 65 — en arrière.

Mariage prétend qu'il est le plus souvent situé derrière la terminaison de l'iléon, et, d'après Benoît il s'enroulerait autour de l'extrémité terminale de l'iléon. D'après Fitz, l'extrémité libre de l'appendice serait le plus souvent dirigée vers la rate.

D'après Clado, il faut assigner normalement à l'appendice la situation iliaque interne, c'est un organe de la cavité pelvienne. Dans certains cas, il occupe la fosse iliaque, situation iliaque externe : un fois sur dix on le trouve replié de bas en haut couché sous la face postérieure du cæcum, situation lombaire ; c'est la situation de l'appendice chez l'embryon. Clado n'a examiné que soixante et quelques sujets.

La statistique de Lafforgue porte sur vingt-sept appen-

dices de fœtus ou embryons et deux cents d'enfants ou adultes. La base de l'appendice est assez fixe, c'est surtout l'extrémité terminale qui subit des variations. Au point de vue de sa direction générale, il est sur 100 cas :

41,5 fois descendant.

19,5 — dirigé du côté gauche

13 — ascendant.

9,5 — dirigé en dehors ou en arrière.

Ces différentes formes peuvent d'ailleurs se combiner et donner lieu à des intermédiaires.

La situation de l'appendice peut être rapportée à trois types principaux.

Situation iliaque externe : Il occupe la fosse iliaque droite en dehors du bord externe du psoas et se porte du côté de l'épine iliaque antéro-supérieure : 49 pour 100.

Situation iliaque médiane : L'appendice situé plus en dedans repose sur le psoas et peut même venir en contact avec la colonne : 20 pour 100.

Situation pelvienne : L'appendice situé dans la cavité du petit bassin plonge dans cette cavité : 20,5 pour 100.

Ici encore il existe des types intermédiaires.

Comme anomalie, signalons le cas où l'appendice est libre dans la cavité abdominale parmi les anses grêles au niveau de l'ombilic, et ceux où on le rencontre dans la fosse iliaque gauche.

Quelle que soit sa situation, l'appendice est presque toujours recouvert par des anses d'intestin grêle qui se trouvent au-devant de lui : vis-à-vis du cæcum, tantôt il s'enroule autour de son extrémité inférieure, tantôt il s'applique contre une de ses faces, ou est partiellement

en contact avec elle. On peut le trouver renversé derrière le côlon et dirigé du côté du rein, de la vésicule biliaire, du foie (Sappey). Dans le petit bassin, il entre en rapport avec les organes de cette cavité, rectum, face supérieure de l'utérus, vessie et surtout ovaire et trompe. Des adhérences peuvent réunir l'appendice à ces différents organes. Dans la fosse iliaque il est situé contre le *psoas*.

Une question importante est celle de savoir à quel point précis de la paroi abdominale antérieure répond l'appendice : son origine correspondrait (Clado) à l'intersection d'une perpendiculaire partant de l'épine iliaque antéro-supérieure ou un peu au-dessous, par une verticale tracée sur le bord externe du muscle droit : c'est le point de M'Burney.

Le rapport du *cæcum* et de l'appendice avec le péritoine, est bien connu depuis les recherches de Trèves, Tuffier et surtout Jonnesco. L'appendice est pourvu d'une enveloppe séreuse complète, très adhérente à la surface de l'organe, au point qu'il est impossible de la mobiliser. Le péritoine se comporte vis-à-vis de lui absolument comme sur une anse grêle, il l'entoure sur presque tout son pourtour et s'adossant à lui-même au niveau de l'un des bords, forme un véritable méso, le méso-appendice, qui rattache l'organe d'une part au *cæcum*, de l'autre à la partie terminale du *mésentère*.

Le méso-appendice n'est autre que le feuillet postérieur du dédoublement du méso-iléon, il naît sur le côté interne du *cæcum*, et va rejoindre par son extrémité inférieure la pointe de l'organe. D'après Clado, il envelopperait toujours la pointe, elle ne serait jamais libre. Testut, Lafforgue admettent qu'il peut s'arrêter à 1 ou 2 centimè-

tres de la pointe et en donnent l'explication suivante : L'artère appendiculaire se coude brusquement avant d'arriver à l'extrémité de l'appendice, et pénètre dans la paroi appendiculaire, la séreuse se terminerait à ce niveau : on sait en effet que les relations les plus étroites existent entre les dispositions des séreuses, et la vascularisation des organes.

La forme générale du méso-appendice est triangulaire, falciforme ; de ses deux bords, l'un adhère au bord supérieur de l'appendice, l'autre libre et flottant répond à l'artère appendiculaire ; c'est précisément cette artère qui, en gagnant directement l'appendice vermiculaire, soulève le péritoine et détermine la formation de ce repli séreux.

Au niveau de sa base, dans l'angle qui sépare l'appendice et le cæcum de l'intestin grêle, le méso-appendice présente un ganglion lymphatique, c'est le ganglion appendiculaire situé entre les deux lames du repli, il serait constant (Clado).

Le méso-appendice donne naissance à trois replis séreux. L'un, le repli iléo-appendiculaire part de la face antérieure du méso-appendice, et vient se terminer en haut à la face postérieure de la portion terminale de l'iléon chez l'enfant, et aussi sur le côté interne du cæcum chez l'adulte. Il détermine ainsi la formation d'une fossette, la fossette iléo-cæcale inférieure. Contrairement à l'opinion de Trèves, ce repli renferme quelques vaisseaux de petit calibre et aussi des fibres musculaires lisses.

Un autre naît de la base du méso-appendice et vient s'insérer à la région moyenne de l'arcade crurale, 4,5 pour 100.

Le troisième, de beaucoup le plus important, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, est le *ligament appendiculo-ovarien* de Clado. « En relevant l'appendice, on le voit sous forme d'un repli péritonéal qui part du méso pour aller se continuer avec le bord supérieur du ligament large : il est falciforme à concavité supérieure : sa partie moyenne la moins haute répond aux vaisseaux iliaques et mesure 1 à 2 centimètres de hauteur. Je l'ai plus d'une fois isolé. Ce ligament est presque constant et il représente un organe établissant des communications lymphatiques entre l'ovaire et l'appendice. D'ailleurs, on en trouverait quelquefois des vestiges chez l'homme, sous forme d'un petit repli qui croise les vaisseaux iliaques et se perd dans le bassin. » Lafforgue, moins heureux que Clado, ne l'a trouvé que dix-sept fois sur vingt sujets féminins exanimés.

Le sang artériel est amené à l'appendice par l'artère mésentérique supérieure. Celle-ci ou (dans les cas où elle se termine très haut), l'artère iléo-colique, arrivée au-dessus de l'angle iléo-cæcal, se divise en quatre branches, dont l'une destinée à l'appendice, c'est l'artère appendiculaire qui, au point de vue embryologique représenterait la portion terminale de la mésentérique supérieure.

La branche vermiculaire descend en arrière de l'angle iléo-cæcal, croise la face postérieure de l'iléon et s'engage dans l'intérieur du méso-appendice pour cheminer le long de son bord libre jusqu'à la pointe; quand le méso n'atteint point l'extrémité de l'appendice l'artère, en le quittant, pénètre dans les parois de l'appendice.

Chemin faisant, elle abandonne des branches, d'après Clado, toujours au nombre de trois, mais qui peuvent être

en nombre plus considérable en rapport avec la longueur de l'appendice (Testut). Ces rameaux se comportent absolument comme les artères intestinales, arrivées à quelque distance de la paroi elles se ramifient en éventail sur les deux faces et se terminent dans son épaisseur.

L'artère appendiculaire est le plus souvent une artère indépendante, c'est-à-dire ne s'anastomosant avec aucune autre artère du voisinage : signalons cependant un rameau anastomotique presque constant qui remonte dans l'épaisseur du repli iléo-appendiculaire et vient se terminer, soit sur le cæcum, soit sur l'iléon établissant ainsi des relations entre ces territoires vasculaires.

Les veines sont volumineuses, une veine accompagne chaque artère et vient aboutir à un tronc veineux commun qui correspond à l'artère vermiculaire : il existe à l'angle iléo-cæcal supérieur un réseau veineux anastomotique où se terminent les différentes veines de la région. La veine appendiculaire prend naissance sur le bord opposé au bord mésentérique au voisinage de la pointe, décrit un trajet sinueux, contourne la pointe et va pénétrer dans le méso pour ne plus se séparer de l'artère.

Les vaisseaux lymphatiques sont très nombreux dans le méso qui en est sillonné sur toute son étendue : ils se rendent dans le ganglion appendiculaire ou dans les deux ou quatre ganglions voisins. En injectant ces lymphatiques Clado a pu constater deux fois une communication évidente avec les lymphatiques utéro-ovariens.

Nous ne parlerons pas de la conformation intérieure, ni de la constitution hystologique de l'appendice ; nous avons hâte d'arriver à l'étude de deux points beaucoup plus importants pour nous : l'embryologie et la physiologie.

Le développement foetal de l'appendice nous servira dans le chapitre suivant à expliquer certaines formes particulières d'adhérences avec des organes tels que le foie, le rein. Avant l'âge de deux mois, l'appendice ne présente aucune différenciation, il se continue à plein canal avec le cæcum dont il n'est que le prolongement. Chez les fœtus de dix à quinze semaines (Lafforgue), la différenciation entre les deux portions supérieure et inférieure du cæcum s'est opérée, l'appendice est d'un diamètre plus petit que le cæcum, il naît exactement de la pointe et est absolument descendant. Le cæcum est situé sous la face inférieure du foie et présente une direction transversale, l'appendice est derrière lui replié tantôt en spirale, tantôt en 8 de chiffre.

Une fois la différenciation effectuée, le développement de la portion inférieure reste en retard sur celui de la portion supérieure et, en même temps, la pointe se trouve déjetée de plus en plus du côté interne.

A partir du sixième mois, l'appendice descend et occupe ordinairement la fosse iliaque au moment de la naissance. Dès ce moment, on peut constater la présence de méconium dans sa cavité : après la naissance, c'est un liquide transparent ou légèrement trouble.

Au point de vue physiologique, l'appendice est un organe contractile ; sous l'influence de l'eau froide on le voit nettement se contracter. Les parois sont inextensibles, avec une pression d'un tiers d'atmosphère on arrive à rompre le cæcum, alors qu'avec une $1/2$ atmosphère l'appendice ne semble subir aucune altération, ni aucune dilatation. Cette propriété semble en rapport avec l'épaisseur de la couche conjonctive.

L'appendice joue-t-il un rôle ? Il est permis d'en douter. D'après Gmelin et Tiedman, le cæcum serait le siège d'une seconde digestion et les sucs acides seraient fournis en grande partie par les glandes appendiculaires. Ransohoff veut qu'il sécrète une colonne étroite de matière fécale qui, rentrant dans le cæcum pourrait agir comme un noyau autour duquel se mouleraient les matières fécales. On a dit aussi que le suc sécrété était simplement lubrifiant comme celui des amygdales.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, l'ablation de cet organe n'entraîne aucun trouble, du reste il peut faire défaut sans inconvénient pour la santé du sujet. Ce n'est donc pas un organe indispensable à la vie et on peut sans crainte pratiquer sa résection.

CHAPITRE II

L'étude des différentes variétés de situation de l'appendice vermiculaire et de son développement embryogénique nous a montré que ce diverticule intestinal pouvait entrer en rapport avec les différents organes de la cavité abdominale. Ce rapport est plus ou moins direct : à côté des simples rapports de contiguité, il existe de véritables rapports de continuité, c'est-à-dire qu'on trouve l'appendice adhérent aux viscères.

Nous nous occuperons spécialement dans ce chapitre des adhérences aux organes normaux.

Sappey, Haller signalent des adhérences hépatiques et duodénales : on comprend, en effet, très bien que l'appendice qui occupe tout d'abord la face postérieure du cæcum, alors que le cæcum est situé sous la face inférieure du foie, puisse, durant sa migration, contracter des adhérences avec la paroi abdominale postérieure et les organes qui avoisinent cette paroi.

Un pas de plus dans sa course et l'appendice se mettra

en rapport avec le rein, et on aura alors des adhérences de l'appendice à la face antérieure du rein (Trèves). Lafforgue cite un cas où l'extrémité libre du processus vermiculaire était fixée à l'atmosphère périrénale.

Ces deux sortes d'adhérences, qu'on pourrait appeler supérieures, sont rares. Il n'en est plus de même des adhérences avec les organes situés plus inférieurement dans la cavité abdominale, c'est-à-dire l'intestin et les différents feuillets péritonéaux, rectum, iliaque, intestin grêle, cæcum, mésentère.

Les rapports directs qui existent entre l'appendice et les organes génitaux mâle et femelle rendent fréquentes aussi les adhérences de l'appendice à ces viscères.

Un point intéressant à envisager est celui de la pathogénie de ces adhérences. Nous devons nous demander si certaines adhérences se forment avant la naissance, sans qu'il y ait aucune trace d'inflammation.

Clado croit pouvoir répondre qu'elles sont possibles, et il se fonde sur les faits suivants. On trouve souvent, dit-il, l'appendice adhérent seulement par sa pointe; or, comment admettre que des adhérences formées après la naissance, de nature inflammatoire par conséquent, fixent seulement l'extrémité de l'organe qui est la moins vasculaire et non les parties sous-jacentes? Passe encore pour l'utérus et les ligaments larges, ainsi que le rectum et la vessie : ces organes sont dans le voisinage de l'appendice. Mais comment expliquer les adhérences que nous avons appelées supérieures, avec le foie, le rein? Il faut admettre en principe que celles-ci résultent de la fixation de l'organe pendant la vie intra-utérine, elles doivent donc être considérées comme de simples anomalies de développement.

Les autres adhérences seraient de nature inflammatoire. Souvent elles ne sont qu'une simple trouvaille d'autopsie, ne donnant lieu pendant la vie à aucun symptôme spécial qui attire l'attention de ce côté. Il n'en est pas toujours malheureusement ainsi. L'adhérence de l'appendice aux organes voisins peut former une véritable bride sur laquelle l'intestin vient s'étrangler.

En effet, l'appendice vermiculaire entre pour une certaine part dans les causes de l'étranglement intestinal. Dans la statistique de Duchaussoy (Acad. méd., 1859), établie sur 518 cas, on trouve que, sur 195 étranglements, l'appendice était incriminé seize fois, et depuis on a publié d'autres observations semblables.

L'étranglement par l'appendice peut se faire suivant deux modes spéciaux. Dans quelques cas rares, l'appendice se comporte comme un diverticule libre, décrivant des spirales ou des nœuds. Nous en avons parlé à propos de l'anatomie. Mais le plus souvent, c'est en formant par son adhérence soit avec le mésentère, soit avec l'intestin, une bride rectiligne, un anneau qui devient la cause de l'étranglement.

Nous nous permettrons d'insister sur les quelques observations que nous avons trouvées éparses dans la science, observations postérieures à la thèse de Coriveaud (Montpellier, 1875), qui s'occupe justement de l'étranglement intestinal par l'appendice iléo-cæcal.

Trèves, dans un cas sur cent, a trouvé l'extrémité de l'appendice adhérent à la face gauche du mésentère de l'iléon, de telle façon qu'une bride était formée sur laquelle l'intestin pouvait facilement s'étrangler.

Marshall a présenté à la Société médicale de

Westminster, 12 décembre 1846, un cas d'étranglement d'une portion de l'iléon par une bride fibreuse allant de l'appendice iléo-cæcal au mésentère.

Sheffey rapporte un cas d'obstruction intestinale par l'adhérence de l'appendice au péritoine recouvrant le fond de l'utérus (*South. M. et J.*, août, 1849, tome V, p. 654.)

Dale a publié une observation d'obstruction intestinale chronique par l'adhérence de l'appendice à l'iléon (*British Med. J.*, 1879, tome II, p. 655.)

Enfin Pitres a publié, dans les *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*, 1869, un cas de double étranglement intestinal par l'appendice vermiculaire.

A l'autopsie du malade, on découvrit que la raison première des accidents se trouvait dans la fosse iliaque droite. L'appendice long de 12 centimètres avait contracté par son extrémité libre des adhérences solides avec le mésentère, tout près de l'angle sacro-vertébral. Il constituait ainsi une sorte de pont sous lequel passait deux fois l'intestin grêle, d'abord en descendant dans la cavité abdominale, puis en remontant. Le premier étranglement était situé à 20 centimètres du cæcum, le deuxième à 2 centimètres. La portion étranglée de l'intestin présentait un aspect livide, les parois étaient épaissies et infiltrées ; une ulcération existait au niveau du premier étranglement. La cavité de l'appendice ne contenait aucun corps étranger, la muqueuse était saine.

Dans les différentes observations que nous venons de citer, il n'a pas été possible de diagnostiquer que l'appendice était la cause de l'étranglement : les symptômes sont

ceux d'un étranglement par une bride en général. On n'est du reste presque jamais intervenu, la plupart des observations datant de la période pré-antiseptique.

Aujourd'hui, s'il arrivait dans le cours d'une laparatomie pour obstruction intestinale de tomber sur un cas de ce genre, on se comporterait comme vis-à-vis d'une bride fibreuse. On chercherait à sectionner les adhérences et, dans le cas où cette manœuvre serait impossible, on n'hésiterait pas à réséquer l'appendice en se conformant au manuel opératoire que nous donnerons dans la suite.

A côté des cas d'obstruction intestinale par adhérence de l'appendice à des organes normaux, il existe des observations d'étranglement par adhérence de l'appendice à des tumeurs par exemple. Nous les rapporterons dans les chapitres suivants, en étudiant les adhérences de l'appendice de beaucoup les plus intéressantes, nous voulons parler de celles qu'on rencontre dans le cas de laparatomie pour lésions inflammatoires ou tumeurs intra-abdominales.

CHAPITRE III

Nous avons insisté dans le chapitre consacré à l'anatomie sur les rapports étroits qui existaient entre l'appendice et les annexes. Nous avons décrit le ligament appendiculo-ovarien de Clado et signalé la communication évidente entre les lymphatiques de l'appendice et les lymphatiques utéro-ovariens. C'est là un point fécond en déductions pathologiques pour le sujet dont nous allons maintenant nous occuper.

Depuis très longtemps les gynécologistes avaient noté la fréquence plus grande des fusées purulentes du ligament large vers la fosse iliaque. Nous pouvons aujourd'hui, grâce aux recherches de Clado, préciser davantage et dire que la marche des fusées purulentes du ligament large se fait surtout du côté du cæcum et de son appendice. Rien d'étonnant donc qu'on trouve souvent l'appendice adhérent aux organes voisins dans le cas d'inflammation péri-utérine, de salpingo-ovarite en particulier.

Il est vrai que, dans quelques cas, les adhérences peuvent être antérieures à la salpingite (Delbet). Pozzi leur fait jouer un grand rôle au point de vue de l'étiologie de cer-

taines suppurations des annexes. Dans deux cas où toute espèce de cause de suppuration tubaire faisait défaut, Pozzi a noté dans les antécédents immédiats une fois une fièvre typhoïde, une autre fois une entérite. On peut se demander si, dans le cours de ces affections intestinales, des adhérences ne s'étaient pas faites avec les annexes et n'avaient pas servi à y propager une inflammation suppurative, grâce à la richesse lymphatique de cette région. Nous laisserons complètement de côté la question de l'appendicite.

C'est surtout depuis qu'on traite chirurgicalement les affections péri-utérines qu'on s'est occupé de ces adhérences. Nous trouverons donc les détails les plus importants sur ce sujet dans les travaux des gynécologistes interventionnistes.

Tout le monde est d'accord pour signaler la fréquence assez grande des adhérences de l'appendice vermiculaire aux annexites.

Delbet dit que des adhérences assez fréquentes sont celles qui se font à droite avec l'appendice vermiculaire, et, il en rapporte deux observations : observation 166 et observation 170.

Pozzi parle de la fréquence assez grande des adhérences intestinales, et en particulier, de l'adhérence de l'appendice cæcal aux pyosalpinx du côté droit.

Terrillon s'exprime ainsi : Dans le cas de lésions des annexes, on trouve encore une altération anatomique très fréquente, rarement signalée; il s'agit des adhérences que contractent les organes malades avec l'appendice et le cæcum lui-même : il les aurait rencontrées sept fois.

J.-L. Championnière, dans une statistique pour l'abla-

tion des annexes comprenant 65 opérations, signale deux cas d'adhérence avec l'appendice.

Dans une communication au Congrès français de chirurgie de 1893, sur 59 cas de laparatomie pour lésions suppurées péri-utérines, Terrier et Hartmann ont trouvé trois fois l'appendice adhérent.

Les gynécologues lyonnais ont bien voulu nous donner leur opinion sur ce point particulier. D'après MM. les professeurs Laroyenne et Fochier, l'appendice serait adhérent très souvent dans le cas d'annexite, beaucoup plus fréquemment que dans le cas de kyste de l'ovaire et sans pouvoir citer des chiffres exacts, ils se rappellent avoir eu souvent à s'occuper de ces adhérences dans le cas d'interventions pour annexite. Du reste, dans une observation d'ablation bi-latérale des annexes pour un double pyosalpinx pratiquée par MM. les professeurs Laroyenne et Gouilloud, nous relevons la phrase suivante : à droite, il existe une adhérence avec l'appendice iléo-cæcal qui se confond avec la trompe : *cependant ayant déjà rencontré cette complication*, je n'ai pas d'hésitation. M. Gouilloud nous a communiqué une deuxième observation.

L'anatomie pathologique des salpingo-ovarites permet de se rendre compte très facilement de cette fréquence des adhérences. Dans certains cas, les lésions sont limitées; on se trouve en présence d'une trompe augmentée de volume, bosselée, dont les franges sont agglutinées et qui est fixée à l'ovaire ou aux parois pelviennes par un lacs d'adhérences; l'appendice, par suite de ses rapports de voisinage, pourra être englobé dans ses adhérences.

Quand l'inflammation est déjà ancienne, il existe ce qu'on a appelé une véritable symphyse pelvienne. A l'ou-

verture du ventre, le petit bassin est entièrement comblé par des adhérences et ce n'est qu'après avoir détaché l'épiploon, quelques annexes d'intestin grêle et souvent aussi l'S iliaque entièrement déplacé que l'on peut atteindre la vessie, puis en arrière d'elle l'utérus et ses annexes informes et presque méconnaissables. C'est en avant de cette masse inflammatoire que l'on trouve le plus souvent l'appendice vermiforme parmi les anses de l'intestin grêle.

Si nous étudions maintenant ces adhérences, nous voyons qu'elles diffèrent de celles qui unissent les annexes aux autres portions de l'intestin. Les adhérences avec l'appendice vermiforme (Delbet) sont d'ordre si intime qu'il est difficile d'en triompher, au contraire l'union avec l'S iliaque se fait souvent d'une manière tout à fait indirecte par l'intermédiaire des franges épiploïques.

L'appendice n'est pas seulement adhérent ; il subit lui aussi des modifications dans sa position et dans sa forme par suite du travail inflammatoire qui se passe au-dessous de lui. D'après Terrillon, l'appendice comme le cæcum est entraîné et attiré en bas et dedans par le ligament large raccourci. De plus il se présente sous la forme d'un corps cylindrique allongé, bosselé qu'on pourrait prendre pour la trompe épaissie. Le même auteur cite une observation où il faillit commettre cette erreur. Pozzi la signale aussi : on se gardera, dit-il, de prendre l'appendice cæcal pour un pédicule tubaire dont les rapports auraient été changés.

Nous en aurons fini avec les lésions de l'appendice quand nous aurons dit qu'au niveau de l'adhérence de l'appendice peut se produire une poussée de tuberculose. Dans le *Traité des maladies des organes génitaux de la*

emme, de Carl Schroeder, traduit en français par Lauwers et Hertogle, se trouve une figure représentant un appendice adhérent à un pyosalpinx au niveau du pavillon, l'appendice est recouvert de tubercules. Ceci n'a rien qui doive nous surprendre : la région caecale et péri-caecale est une des localisations de la tuberculose : on s'en est beaucoup occupé dans ces dernières années. De plus, il existe des pyosalpinx nettement tuberculeux.

Ces adhérences, ces déformations de l'appendice ne peuvent exister sans amener des troubles divers chez les malades.

Asch, de Breslau (5^e congrès de la Société allemande de gynécologie, 27 mai 1893), rapporte une observation où l'appendice était adhérent et était la cause de violentes douleurs éprouvées par la femme.

Mais c'est surtout Terrillon qui a insisté sur les désordres qui se produisent du côté des fonctions intestinales, par suite des adhérences contractées par l'appendice avec les annexes malades.

« Un phénomène que j'ai observé fréquemment, consiste dans une sensation de douleur et de tension qui se produit chez quelques malades dans la région iliaque droite, quelquefois un peu plus haut, à l'union du cæcum avec le côlon ascendant. Ces phénomènes douloureux qui se passent dans l'intestin surviennent quelques heures après les repas, trois heures environ ; ils cessent après un temps qui varie de deux à quatre heures. Une tuméfaction notable apparaît à ce niveau. Souvent la malade est soulagée par une pression avec la main, sur cette région qui semble plus tendue. La tuméfaction s'affaisse bientôt en donnant la sensation de gaz qui se déplacent. L'explication de ces désordres est

ordinairement vérifiée pendant l'opération, car on trouve le cæcum entraîné du côté du bassin par le tiraillement du ligament large raccourci, ou par l'adhérence que l'appendice a contractée avec les annexes malades. Cette disposition gêne le fonctionnement de l'intestin qui s'engorge légèrement et devient au passage des aliments le siège d'une vive douleur. »

Ces faits bien observés chez les malades pourront faire songer au diagnostic d'adhérences de l'appendice. C'est le seul symptôme que nous relevions. Nous n'avons pas trouvé de cas d'obstruction intestinale par suite d'étranglement par ces adhérences; il est vrai que dans les cas d'annexites tous les organes du petit bassin sont agglutinés par des fausses membranes, il ne reste donc pas d'espace libre suffisant pour permettre l'engagement d'une anse intestinale.

Au point de vue opératoire, nous reviendrons sur l'erreur déjà signalée qui consisterait à prendre l'appendice pour la trompe et à en faire le pédicule de la tumeur inflammatoire.

Voici l'observation publiée par Terrillon dans son livre sur les salpingites et ovarites :

OBSERVATION I

Dans le cours d'une de mes premières opérations, en recherchant du côté droit les annexes malades au milieu de fausses membranes abondantes, je trouvai un corps cylindrique allongé, bosselé, que je séparai des parties voisines et qui fut attiré au dehors. Croyant avoir saisi la trompe épaissie, je cherchai en vain l'ovaire qui devait être accolé à sa surface. Ne le trouvant pas, j'examinai cet organe avec plus de soin et fus bientôt certain

qu'il s'agissait de l'appendice malade et enflammé. Il occupait cette position anormale parce qu'il avait été attiré en dedans et en bas dans le bassin par la rétraction des adhérences. La paroi du cæcum, facilement reconnaissable était aussi manifestement entraînée en bas et en dedans. Les annexes malades étaient situées plus profondément du côté droit.

Dans le cas d'adhérence avec l'appendice, je décolle celui-ci avec de grandes précautions et l'abandonne dans l'abdomen.

Quelle est la conduite à tenir, dans le cas d'adhérences de l'appendice aux tumeurs inflammatoires des annexes dans le cas d'interventions intra-abdominales?

Il faudra toujours essayer de rompre les adhérences : on y arrivera si les adhérences sont peu solides, dans le cas d'inflammation récente. Mais si ce temps de l'opération présentait la moindre difficulté et si dans les manœuvres de décollement il arrivait qu'on dépouillât l'appendice de son revêtement séreux, au point de compromettre la nutrition de cet organe, ou qu'on le pinçât par suite de l'erreur que nous avons signalée, il ne faudrait pas hésiter un seul instant à sacrifier cet organe dont l'ablation n'entraîne aucun trouble.

C'est la conduite qui est toujours suivie à la clinique gynécologique de M. le professeur Laroyenne : nous reproduisons ici deux observations dues à l'obligeance de M. le Dr Gouilloud.

OBSERVATION II

*Double pyosalpinx. Double ablation des annexes.
Arrachement de l'épiploon par le Mikulicz.*

X..., vingt-trois ans, domestique. Sainte-Thérèse n° 5.
Bonne santé jusqu'à dix-neuf ans, époque où elle fut réglée

pour la première fois sans douleurs. Auparavant épistaxis remarquables par leur fréquence et leur abondance.

Il y a dix-huit mois, bronchite soignée à l'Hôtel-Dieu. Puis alla à la campagne où elle eut de la diarrhée et une métrorragie abondante : d'après le médecin traitant, peut-être un avortement de quinze jours. Un mois et demi auparavant, pour la première fois, rapports sexuels à la suite desquels elle eut rapidement des pertes blanches, de l'urétrite et du vaginisme ; son amant lui avait assuré avoir eu deux blennorragies. Les rapports sont restés depuis toujours douloureux.

Ce n'est guère que depuis trois semaines ou un mois que la malade souffre dans le côté gauche et aussi un peu du côté droit : elle a souffert d'abord à droite, mais les douleurs ont diminué. Les pertes blanches sont très abondantes. Depuis huit mois, amaigrissement assez rapide, mais pas de signes de tuberculose.

Actuellement l'intromission du doigt est douloureuse au niveau du vestibule et du bulbe : on ne place pas de spéculum. De plus, la pression est douloureuse au niveau du col qui est un peu gros et dans les deux culs-de-sac latéraux, surtout à gauche. On sent de ce côté une masse bien nette de salpingo-ovarite au-dessus du cul-de-sac latéral. Utérus non dévié. A droite aussi masse de salpingo-ovarite. Cependant la malade se plaignait surtout à gauche et à la consultation on avait songé à l'ablation unilatérale des annexes. M. le professeur Laroyenne dit qu'il était nécessaire de faire l'ablation bilatérale. Pas de collection appréciable à ponctionner.

Opération le 16 mai 1891, par M. le professeur Laroyenne assisté de M. Gouilloud. On amène bientôt une trompe, la gauche, ou plutôt le point le plus élevé de la trompe, car elle reste fixée par ses deux extrémités. Rupture de quelques adhérences filamenteuses dans le cul-de-sac utérin et autour de l'ovaire. Le pédicule est constitué par l'origine de la trompe ; celle-ci tient encore par son pavillon qui reste fixé par des adhérences solides au fond du Douglas : rupture et écoulement de pus pendant cette manœuvre, toilette hâtive du péritoine avec deux ou trois éponges. On parvient à décortiquer toute la trompe.

On se comporte de même à droite, les lésions se ressemblent beau-

coup ; mêmes accidents consistant dans la rupture de petits abcès.

Mais à droite, il existe une adhérence avec l'appendice iléo-cæcal qui se confond avec la trompe. Cependant, ayant déjà rencontré cette complication, je n'ai pas d'hésitation. L'appendice peut se reconnaître dans ce cas parce qu'on le voit nettement se continuer avec l'intestin, et il ne semble pas que ce soit le fait d'adhérences. A son extrémité un petit méso et un prolongement. On le sectionne au voisinage du cæcum, surjet muqueux et surjet péritonéal avec points de Lambert. Une communication très nette existe entre la trompe et l'appendice, non à son extrémité, mais à sa partie moyenne ; il est très élargi, comme le ponce à ce niveau

23 mai. — Ablation du Mikulicz ; pas de suppuration, il entraîne l'épiploon qu'on lie, résèque et réduit. Toilette avec mèche iodoformée : le soir ; 38°,6 ; pas de vomissements.

16 juin. — Se lève depuis quinze jours.

Il a persisté une petite fistule au niveau du Mikulicz : dix-huit mois après l'opération, élimination d'un fil de soie par la fistule qui s'est recouverte après avoir été fermée six mois.

OBSERVATION III

Double ablation des annexes par la voie vaginale.

Opération Péan-Segond.

Malade âgée de vingt-neuf ans. A son entrée dans le service elle est dans un état épouvantable, criant sans cesse ; on crut d'abord qu'elle était folle. On reconnaît que cette malade souffrait véritablement et d'une façon extraordinaire. Facies et yeux hystériques.

A l'examen local on trouve l'utérus en rétroversion légère. Cette rétroversion est un facteur important, parce qu'elle empêche la pyosalpinx de venir se développer dans le Douglas.

A droite, masse formée aux dépens des annexes du volume d'un œuf qui revient très en avant ; on sent des irrégularités analogues à celle d'une trompe flexueuse.

A gauche, masse plus petite, plus postérieure.

Je pense d'abord à faire l'ablation de la masse droite par le vagin bien que reconnaissant que ce doit être difficile ; le Douglas incisé je reconnais une autre salpingite indubitable à gauche et des adhérences du fond de l'utérus. Je me décide à l'hystérectomie. Péan Segond. J'achève la section vaginale, décollement de la vessie. Section médiane de l'utérus, après avoir ouvert prudemment le péritoine en avant, et avoir décollé les adhérences du fond de l'utérus, qui sont des adhérences épiploïques.

Traction sur la moitié droite. Pince sur la moitié inférieure du ligament large renfermant l'artère utérine. La traction amène avec le pyosalpinx certainement plus gros qu'un œuf, *l'appendice iléo-cæcal très long que je dois réséquer à la vulve à cause de ses adhérences et du pincement qu'il a subi non loin de sa base, je fais une double suture.* Même manœuvre à gauche amenant un autre pyosalpinx moins volumineux.

Suites inquiétantes le premier jour. Sorte de péritonite adhésive, avec ballonnement du ventre, etc. Tous les symptômes cèdent très vite et comme brusquement après la première selle.

Les suites de la résection de l'appendice sont des plus simples en général. Dans la communication de MM. Terrier et Hartmann déjà citée sur cinquante neuf cas de la parotomie, trois fois l'appendice iléo-cæcal adhérent, enflammé ou même perforé, a dû être réséqué : les trois malades ont guéri, deux radicalement, le troisième en conservant une petite fistule pyostercorale : elle a encore quelques douleurs. Il nous manque de plus longs détails sur cette complication post-opératoire.

CHAPITRE IV

Nous arrivons au point le plus intéressant de notre étude, c'est surtout en effet dans le cas de tumeurs intra-abdominales que les adhérences de l'appendice sont plus intimes et viennent par conséquent compliquer le manuel opératoire des opérations déjà graves par elles-mêmes.

Les tumeurs, de beaucoup les plus fréquentes, sont sans nul doute les tumeurs de l'ovaire, en particulier les kystes et la plupart de nos observations ont rapport à des faits de ce genre.

Il nous a été permis cependant, de retrouver dans la science quelques autres observations de tumeurs intra-abdominales avec adhérences de l'appendice : celles-ci présentent un intérêt particulier, au moins par leur rareté. Nous allons les reproduire au commencement de ce chapitre.

Il s'agit d'abord d'un cas d'adhérence de l'appendice à une tumeur utérine : nous avons déjà signalé dans le chapitre II, la possibilité d'adhérences de processus vermi-

culaire au péritoine du fond de l'utérus pouvant déterminer des phénomènes d'étranglement intestinal (observation de Scheffey). L'observation de Gingeot a rapport à une tumeur du corps de la matrice ayant elle aussi déterminé un obstacle temporaire au cours des matières, mais la compression par la tumeur elle-même semble seule devoir être mise en cause, bien qu'il reste une double adhérence de la tumeur à l'appendice et à l'intestin grêle.

OBSERVATION IV

(*Bulletin Soc. anat.*, 1859).

Gingeot fait voir une tumeur du corps de la matrice ayant déterminé des signes d'iléus chez une femme de quarante-neuf ans morte dans le service de Béhier, à l'hôpital Beaujon.

Elle était depuis deux ans sujette à des pertes abondantes et répétées et présentait depuis huit jours, au moment de son entrée, des symptômes d'occlusion intestinale. La constipation finit par céder sous l'influence de l'huile de croton et ne tarda pas à être remplacée par une diarrhée colliquative qui emporta rapidement la malade.

A l'autopsie, on trouva dans le corps de l'utérus une tumeur longue de 10 centimètres, large de 12 centimètres, d'aspect encéphaloïde, ramollie et offrant en divers points la consistance pulpeuse. Dans sa portion latérale gauche, elle est creusée d'une cavité qui communique avec l'intérieur du col. Celui-ci est parfaitement sain et la tumeur est entièrement formée aux dépens du corps de l'utérus.

A droite et en haut elle présente une double adhérence établie au moyen d'une bride avec l'appendice iléo-cæcal et avec l'intestin grêle. Il en résulte deux sortes d'anneaux dans lesquels a pu s'engager momentanément une anse intestinale, ce qui expliquerait les phénomènes d'étranglement interne offerts par la malade.

Dans la discussion qui suivit, Besnier fait remarquer qu'il n'existe pas de trace de constriction sur l'intestin : il est tout aussi rationnel et ni plus probable d'admettre que c'est la tumeur utérine elle-même qui a pu établir par compression un obstacle temporaire au cours des matières.

La deuxième observation est celle d'une tumeur liquide du mésentère opérée par Péan.

OBSERVATION V

(Cliniques de Péan.)

Tumeur liquide du mésentère, kyste uniloculaire.

Malade âgée de vingt-six ans. Vierge, non réglée depuis trois ans. Ponction antérieure donne liquide chocolat.

Opération : 14 mars 1876.

Tumeur liquide à contenu bien fluctuant dont la partie antérieure émerge du milieu de la masse intestinale qui lui est adhérente. La surface du kyste non englobé adhère au péritoine pariétal.

Ces dernières adhérences rompues, ponction : liquide brun jaune louche : 10 litres.

La tumeur naît du côté droit du rachis de la profondeur du mésentère. Par en bas, elle descend jusque dans le bassin dans lequel elle s'engage, refoulant le ligament large en avant et en haut.

Les intestins paraissent adhérents à la surface ou du moins y sont fixés par le péritoine considérablement distendu.

L'énucléation de la poche de l'épaisseur du mésentère dedoublé est tentée après que celui-ci a été ouvert sur une portion de sa surface. Enucléation difficile.

Difficulté très grande de libérer les adhérences, surtout celles qui enserrrent la tumeur au cæcum et à l'appendice.

Guérison.

Avant d'entreprendre l'étude des adhérences dans le cas de kystes de l'ovaire ; nous allons reproduire ici l'observation personnelle que nous avons pu recueillir dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet, et qui a été le point de départ de notre travail. Nous aurons l'occasion de revenir souvent dans la suite sur les différents points importants qu'elle présente à considérer.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. Poncet.)

Cysto-sarcome tritobé de l'ovaire gauche. Ovariectomie. Ablation des deux ovaires. Résection de l'appendice vermiculaire.

M^{me} X..., entrée pour tumeur intra-abdominale apparue en 1891 (salle Sainte-Anne, n° 19.)

Rien à l'hérédité.

Cette femme a eu une bonne santé durant toute sa vie. Réglée à dix-sept ans. Jamais de troubles de la menstruation. Mariée à vingt-deux ans, a eu six enfants, dont deux morts de diarrhée infantile. Grossesses et accouchements normaux ; abcès du sein droit au premier accouchement.

Depuis deux ou trois ans les règles sont espacées et ont diminué de quantité. Elles se produisent tous les deux ou trois mois. Elles n'offrent rien de particulier outre leur irrégularité. Les dernières datent de la semaine passée.

C'est depuis trois ans que la malade remarqua l'existence de la tumeur. A la première constatation qu'elle en fit, la tumeur se trouvait sur la ligne médiane au niveau du petit bassin. Elle était du volume d'un gros poing. La malade la sentait balloter, se déplacer avec les mouvements du corps.

Deux ou trois mois après, se livrant un jour au tamisage du charbon, elle sentit sa tumeur ballottant dans les mouvements de

latéralité du corps, s'affaïsser et disparaître. Presque immédiatement elle ressentit une très vive douleur dans la fosse iliaque droite, et survinrent des vomissements qui durèrent quelques heures seulement.

Les douleurs abdominales comparées par la malade à des coliques très intenses persistèrent pendant une semaine. Elles étaient peut-être plus nettement localisées à droite et en effet la malade était incapable de se coucher de ce côté.

Les symptômes abdominaux et les phénomènes péritonéaux disparurent au bout de deux mois. Ils étaient apparus au mois de février 1891. C'est dans le courant de l'été de la même année que la malade s'aperçut de l'existence d'une nouvelle tumeur dans la fosse iliaque droite, à peine grosse comme le poing.

Le volume de cette tumeur s'est accru continuellement depuis, surtout ces quelques semaines.

La présence de cette tumeur entraîne quelques troubles fonctionnels surtout du côté des voies digestives. La malade a perdu partiellement son appétit; ses fonctions digestives sont devenues plus lentes à s'accomplir. Dégoût pour la viande. Elle a du ballonnement épigastrique, de l'hyperchlorhydrie. Jamais de vomissements, ni de phénomènes péritonéaux. Un peu de constipation (selle tous les trois ou quatre jours.) Parfois un peu de gêne pour évacuer les gaz ou les matières, pas de gêne pour uriner. Pas de cystite. Jamais d'enflure des jambes.

Parfois quelques douleurs irradiées du côté des parois abdominales, des palpitations de cœur, de la dyspnée d'effort. La malade a maigri beaucoup depuis l'hiver de 1892 (7 à 8 kilogrammes dit-elle).

Actuellement : Cette femme assez amaigrie, au teint jaune pâle, présente un ventre arrondi, saillant en avant et surtout à droite où il est en quelque sorte acuminé. Par la palpation on sent que presque toute la cavité abdominale est occupée par une tumeur à deux gros lobes réunis, droit et gauche. Etendue transversalement cette tumeur est incomplètement partagée sur la ligne médiane par un sillon vertical assez déprimé. Elle présente d'autres bosselures plus petites. Elle est peu mobile sur les plans

profonds ; le peau glisse sur elle, et l'on sent dans quelques points à la main appuyée à plat une sorte de crépitation neigeuse. Entre la tumeur et les parois abdominales, un peu d'ascite. Fluctuation superficielle, matité dans les flancs. Sur la ligne médiane, un peu à droite, on sent une petite tumeur verticale dirigée sur la symphyse et qui est l'utérus, distinct des grosses masses comme on peut s'en assurer par le toucher vaginal (col utérin refoulé en haut derrière la symphyse). La consistance de la tumeur est assez dure, surtout à droite, où elle semble charnue, non fluctuante. A gauche du sillon de séparation, le lobe gauche est fluctuant. La fluctuation est transmise au doigt introduit dans le vagin, où les culs-de-sac bombent et à travers lesquels on sent nettement les masses fluctuantes. Au dessus des limites de la tumeur qui dépasse l'ombilic de quatre travers de doigt, sont des masses intestinales perçues au doigt sous la forme de cordons mous, arrondis ; sonorité à l'épigastre. Foie dans ses limites normales.

6 janvier 1894. — Laparotomie. Issue de trois à quatre cuillères de liquide ascitique. Ponction de la tumeur gauche qui est du volume d'une grosse tête. Issue de 1500 à 1800 grammes de liquide hémostatique couleur café. Adhérences molles au péritoine pariétal de la face antérieure de la tumeur ponctionnée. La masse droite est égale au volume d'une tête. Elle est dure, résistante (tumeur solide) et son sommet adhérent à l'épiploon sur la longueur de la paume de la main. Grosses veines du volume d'un porte-plume. Excision de ces adhérences entre deux ligatures. Déchirure méthodique des adhérences de la largeur d'une pièce de 5 francs, fixant l'angle supérieur gauche de l'utérus au kyste gauche. Hémorragie en nappe arrêtée par cinq sutures hémostatiques en catgut. Utérus du volume d'une grosse mandarine, collé par adhérences contre le pubis.

Le kyste gauche est évacué. Luxation de la masse en avant et en dehors. On déchire des adhérences profondes unissant faiblement quelques anses intestinales.

A la face postérieure de la tumeur solide, on aperçoit alors l'appendice vermiculaire, sous forme d'une sorte de ligament adhérent dans toute sa longueur et solidement à la face posté-

rière de la tumeur solide. Dans ces manœuvres, le péritoine qui recouvre l'appendice est arraché sur une hauteur de 3 à 4 centimètres. Déchirure simultanée du méso, d'où hémorragie par l'artère appendiculaire. Hémorragie continue.

Réssection de l'appendice (dans la crainte de sphacèle), qui mesure 7 à 8 centimètres. Ligature, sutures complémentaires.

Ablation du kyste remplissant toute la cavité pelvienne.

L'ovaire droit a le volume d'une grosse noix. Il est gris, blanchâtre et paraît dégénéré. Corps jaunes récents.

Pour arrêter une hémorragie ayant pour point de départ la rupture des adhérences au niveau de la fosse iliaque et de l'excavation pelvienne, quatre ligatures hémostatiques avec catgut. Hémostase parfaite.

Tamponnement Mikulicz. Un seul plan de sutures métalliques.

28 janvier. — Suites simples : pas de coliques, presque pas de douleurs à la suite de l'intervention. La malade a évacué des gaz intestinaux. Les vomissements qui se sont produits pendant cinq ou six heures après l'opération ont disparu. La malade est un peu prostrée. Sa température dépasse 38°,3.

17 février. — État général meilleur. La malade s'alimente.

25 février. — Exeat.

C'est la première fois que M. le professeur Poncet se trouvait en présence d'adhérence de l'appendice vermiculaire. En effet, les adhérences des tumeurs de l'ovaire avec l'appendice sont rares, les cas en sont épars dans la science. Beaucoup de gynécologues ne parlent même pas de leur possibilité. Braun, Boinet, Churchill, de Sinéty, Gaillard, Thomas. Il est vrai qu'à côté de ces auteurs, d'autres (Aug. Martin) admettent que l'appendice est presque toujours adhérent à la tumeur. Le dépouillement des différentes statistiques d'ovariotomies, publiées dans ces dernières années, nous apprendra que cette adhérence

tout en n'étant pas excessivement rare se rencontre dans des cas assez peu nombreux.

C'est ainsi que Lawson Tait en parle comme d'une variété d'adhérences curieuses et exceptionnelles. Il ne les aurait rencontrées que deux fois dans sa propre pratique : il rapporte en outre un cas d'ovariotomie auquel il a assisté et où il existait des adhérences avec l'appendice.

Olshausen rapporte sept cas d'adhérence sur deux cents quatre-vingts ovariectomies.

Dans une statistique de trois cents ovariectomies, Carl Schröder n'a rencontré que deux fois cette anomalie.

Jentzer a publié une note dans les *Archives de toxicologie*, 1889, sur un cas d'adhérence contractée par un kyste de l'ovaire gauche avec le côlon ascendant et l'appendice : c'est la seule fois qu'il a noté cette adhérence particulière sur trente ovariectomies.

Terrier a publié dans la *Revue de Chirurgie* huit séries de vingt-cinq ovariectomies chacune, soit deux cents ovariectomies : il ne signale que trois cas d'adhérences de la tumeur à l'appendice.

Terrillon en rapporte un seul cas dans une série de deux cents ovariectomies.

M. le professeur Laroyenne insiste aussi sur le peu de fréquence de l'adhérence de l'appendice aux tumeurs de l'ovaire. Il lui a été peu souvent donné l'occasion de rencontrer cette anomalie, elle serait d'après lui incontestablement moins fréquente que dans le cas d'annexites. Il a bien voulu nous communiquer une observation de sarcome kystique de l'ovaire qu'il a opéré au mois de février dernier.

M. le professeur Fochier n'aurait rencontré dans sa

pratique qu'un seul cas d'adhérence, et cela à l'autopsie d'une malade où on trouva un kyste développé dans le ligament large.

Nous avons la bonne fortune de publier une observation inédite de M. le professeur agrégé Chandelux.

D'une manière générale, nous pouvons donc dire que l'adhérence de l'appendice aux tumeurs de l'ovaire est rare.

Mais ce n'est pas en raison de sa rareté, que cette variété d'adhérence présente de l'importance ; c'est surtout à cause des conditions exceptionnelles dont la méconnaissance peut avoir les conséquences les plus fâcheuses. Telle l'observation rapportée par L. Tait.

OBSERVATION VII (de L. Tait.)

La première fois que je vis une adhérence de l'appendice avec un kyste de l'ovaire, l'appendice fut malheureusement divisé par les ciseaux de l'opérateur et la mort s'ensuivit.

Ce ne fut que la découverte de ce malheur à l'autopsie qui me permit de reconnaître ce même état et d'éviter un semblable désastre chez mes malades.

Quelle est la nature de ces adhérences ?

Terrillon admet deux grandes variétés d'adhérences dans les kystes de l'ovaire, celles par inflammation et celles par infiltration. Les premières sont le résultat de la chute de l'épithélium de kyste sous l'influence d'un processus irritatif.

Les adhérences avec l'appendice sont souvent de nature simplement inflammatoire, conséquence d'une péritonite plus ou moins localisée, mais en raison des rapports qui

existent déjà normalement entre le processus vermiculaire et les organes génitaux de la femme, elles deviennent rapidement très résistantes. Ce sont des adhérences fibreuses, et quelque fois aussi vasculaires. C'est un point encore sur lequel insistent tous les auteurs dans les observations qu'ils rapportent.

La cause prochaine de ces adhérences intéresse peu le chirurgien et c'est à peine si on trouve mentionnés dans les observations les différents facteurs qui cependant ont de l'importance, ce sont : les ponctions antérieures, les poussées de péritonite localisée, et surtout l'ancienneté du kyste; l'épithélium cubique dont les tumeurs kystiques sont revêtues les protège pendant un certain temps contre les adhérences (Waldeyer); la destruction de cette couche est le premier terme du processus, aussitôt après se produisent les adhérences qui évoluent en raison directe de l'âge du kyste.

D'après M. le professeur Laroyenne, les adhérences seraient surtout fréquentes dans le cas de kyste à développement postérieur.

Nous avons parlé d'un cas d'adhérence constaté par M. le professeur Fochier à l'autopsie : il s'agissait d'un kyste du ligament large. L'observation de M. le professeur agrégé Chandelux se rapporte à un cas analogue :

OBSERVATION VIII

Tumeur kystique de l'ovaire droit. Ovariectomie. Guérison.

M^{me} X., cinquante-quatre ans, rentière.

Malade pâle, amaigrie, vomissant presque chaque jour depuis

B. C.

5

plus d'un mois. Ni œdème des membres inférieurs, ni affection cardiaque. Opérée par moi il y a un an environ pour une fibroadénome du sein.

Il y a cinq mois, elle vint me demander conseil pour une augmentation de volume de l'abdomen déterminée, dit-elle, par des fibromes utérins pour lesquels on la soignait depuis longtemps. L'examen révéla une tumeur assez volumineuse, siégeant à droite, donnant lieu à une matité limitée par une ligne à convexité supérieure, matité ne se déplaçant point dans les différents décubitus. La surface de la tumeur présente quelques bosselures. Les mouvements qu'on lui imprime se transmettent à l'utérus d'une façon incomplète, tandis que les mouvements communiqués à l'utérus à l'aide d'un doigt déplacent facilement l'organe utérin, mais restent sans effet sur la tumeur. Donc, il y a relation de contiguïté et non de continuité entre la tumeur et la matrice. Enfin par la palpation combinée, on établit nettement dans certaines parties de la tumeur, une fluctuation abdomino-vaginale. Par suite, le diagnostic est le suivant: tumeur kystique de l'ovaire droit, à développement intraligamentaire, et l'on conseille à la malade une intervention.

En octobre 1893, les phénomènes s'étant beaucoup aggravés et la tumeur abdominale ayant considérablement augmenté de volume, la malade accepte l'intervention et l'opération est pratiquée le 18 octobre. On avait reconnu, lors de l'examen pratiqué peu de jours auparavant, qu'il y avait sur les deux flancs de la matité se déplaçant dans les différents décubitus. Il s'était donc développé de l'ascite depuis l'examen du mois d'avril dernier.

Opération le 18 octobre.

Anesthésie à l'éther. Antisepsie de l'abdomen et du vagin. Cathétérisme.

Longue incision médiane dépassant l'ombilic. Le péritoine ouvert, il s'écoule environ 2 litres de liquide ascitique citrin. Pas d'adhérence de la tumeur à la paroi, ni au petit bassin. Une seule adhérence viscérale. On extrait la tumeur de l'abdomen, dans cette manœuvre une des poches kystiques se rompt et laisse échapper une certaine quantité de liquide colloïde, dont une partie pénètre dans la cavité abdominale. Pas de pédicule. On arrive

cependant à isoler la tumeur en étreignant le ligament large qui l'enchâsse, dans une série de ligatures au catgut n° 4, passées au moyen de la broche de Reverdin.

Cette pédiculisation effectuée, on s'aperçoit que l'appendice iléo-cæcal est adhérent à la tumeur kystique : il est lié au catgut et sectionné.

D'autres adhérences assez vasculaires, voisines de ce point, sont traitées de la même façon. La tumeur est alors facilement enlevée. Toilette du péritoine. Suture de la paroi à trois étages. Pansement habituel. Cathétérisme pendant trois jours. Extrait thébaïque, 10 centigrammes, le troisième jour; léger laxatif, un verre à Bordeaux d'eau de Villacabras.

Suites des plus simples, ni vomissements, ni ballonnement, ni douleur dans le ventre. La température s'est élevée une seule fois à 38°,2 pour redevenir normale ensuite. On commence à alimenter la malade le huitième jour.

Le douzième, on enlève le pansement ainsi que la suture cutanée.

Le vingt-et-unième, elle se lève avec une ceinture hypogastrique.

L'appendice ne reste pas sans subir des modifications importantes au milieu de ce processus d'inflammation et d'irritation. Un autre point sur lequel insiste M. le professeur Laroyenne, c'est que ce diverticule intestinal subit une élongation parfois considérable. Nous notons en effet souvent dans les observations que l'appendice se présentait sous la forme d'un tube allongé rappelant la trompe.

Voici par exemple l'observation que nous devons à M. le professeur Laroyenne.

OBSERVATION IX

Sarcome kystique de l'ovaire.

X..., âgée de quarante et un ans, demeurant à la Mulatière. Entrée le 4 février 1894, salle Sainte-Thérèse, n° 5. Décès le 15 février 1894.

Il y a trois ans, après une période de règles, la malade a souffert tout d'un coup dans le ventre, elle a dû se mettre au lit et y est restée deux mois. Son ventre avait augmenté de volume. Une amélioration aurait suivi ce repos et s'est maintenue jusqu'à il y a trois mois.

A cette époque, vomissements, le matin surtout, glaire et bile : la malade prétend ne pas boire de petits verres. Depuis un mois; le ventre devient volumineux et dur. Douleurs de la région du foie, pas d'ictère.

A l'entrée : On trouve un abdomen excessivement dur, presque de consistance ligneuse, il est impossible de rien sentir par la palpation. Celle-ci est douloureuse vers le foie. A ce niveau, la percussion ne dénote pas d'hypertrophie. Le foie ne remonte pas plus haut que la normale.

En bas, la sonorité apparaît vers les dernières fausses côtes ; la percussion donne une zone de matité occupant l'abdomen au milieu depuis l'ombilic au pubis. Sonorité dans les flancs.

Au toucher vaginal, rien, utérus très peu mobile, sans douleurs au toucher ; utérus 6 centimètres.

Pas de pertes rouges, quelques pertes blanches.

Opération 10 février.

Incision de la paroi abdominale du pubis à l'ombilic. La malade, qui n'a pas été préalablement sondée, l'est séance tenante, puis on introduit un hystéromètre dans la vessie et on constate ainsi que la vessie remonte très haut jusqu'à l'ombilic et qu'elle est très adhérente à la paroi de la tumeur. On l'isole avec précaution.

Puis ponction de la tumeur avec gros trocart, Liquide d'abord rouge noirâtre, épais, mais non visqueux et qui bientôt devient

d'un rouge plus clair. La poche kystique en partie vidée, on essaie d'extraire le kyste, mais on ne peut y parvenir à cause de très nombreuses adhérences de l'épiploon, du mésentère et de l'intestin avec la face autre de la tumeur. De gros vaisseaux serpentant dans ces adhérences rendent la libération encore plus difficile. Tous ces vaisseaux sont saisis avec trois ou quatre pinces languettes et en même temps que les replis péritonéaux. On coupe sous les pinces et on lie en formant ainsi un petit pédicule pour chaque pince. Sur les côtés et en arrière, les anses intestinales sont presque partout adhérentes.

On trouve même sur le côté droit de la tumeur à mi-hauteur environ, un petit organe tubulé un peu moins gros que le petit doigt, de 10 à 15 centimètres environ et qu'on prend d'abord pour la trompe. Mais en cherchant un peu plus bas, on trouve la trompe, on conclut qu'on est en présence de l'appendice. L'organe est lié à l'union des deux tiers internes et du tiers externe environ, puis sectionné. La coupe fait apercevoir un peu de matière fécale dont on se débarrasse soigneusement. On cautérise la surface de section avec de l'acide phénique.

Après une série d'efforts, on arrive enfin à libérer la tumeur de toutes ses adhérences intestinales et à sectionner le pédicule pris entre les pinces. Pendant ces manœuvres, la poche se vide de nombreux caillots. Suture du péritoine sur le pédicule et ligatures en deux masses. Puis réduction du pédicule et placement d'un Mikulicz. Suture à trois étages après toilette soigneuse du péritoine.

Le soir, la malade n'a pas perdu ses urines.

12 février. — La malade a rendu quelques gaz.

13 février. — Nausées tout l'après-midi, yeux excavés. La malade meurt presque subitement à 5 heures du soir.

La tumeur qui a été extraite est énorme : à côté de la poche principale qui a été sectionnée, on trouve de grosses masses mamelonnées dont quelques-unes à la coupe ressemblent à du sacrum ; d'autres sont en voie de dégénérescence kystique.

15 février. — *Autopsie.* Pas de pus au niveau des sutures.

Adhérences nombreuses du Mikulicz qu'on a quelque peine à extraire.

Liquide séro-sanguinolent de ce qui reste de la poche. Pas de pus. Suffusion sanguine au niveau du péritoine cæcal. *On trouve l'extrémité cæcale de l'appendice qu'on a réséqué pendant l'opération.*

Pas de péritonite. Les intestins ont leur coloration normale. A l'ouverture de la vessie, pus à son intérieur. Les uretères sont intacts.

L'appendice est adhérent soit en partie, soit par son extrémité ; dans l'observation de M. le professeur Poncet il fait partie sur toute son étendue de la paroi du kyste. Hégar et Kaltenbach dans leur *Traité de gynécologie opératoire* signalent les adhérences possibles de l'appendice vermiculaire avec la face superficielle du pédicule.

Dans la deuxième observation de Carl Schroeder (statistique de 300 ovariectomies), l'appendice était complètement englobé dans la tumeur : il est vrai qu'il s'agissait d'un carcinome de l'ovaire.

OBSERVATION X

Carl Schroeder.

Dans un autre cas opéré le 13 mai 1880, la tumeur carcinomateuse avait contracté des adhérences intimes avec le cæcum et l'appendice vermiculaire déjà infiltré de granulations cancéreuses, au point qu'on dut l'enlever entièrement. La malade guérit : quant aux suites ultérieures, nous n'avons aucun détail.

La plupart de nos observations ont trait à des adhérences de l'appendice vermiculaire aux kystes de l'ovaire droit. Cependant il existe dans la science deux cas où on

a noté l'étrangeté anatomique d'adhérences avec un kyste ovarique partant de l'ovaire gauche.

OBSERVATION XI.

Jentzer, ex-professeur de gynécologie opératoire (Genève)

Archives de tocologie, 1889.

M^{me} C..., originaire du canton de Vaud, âgée de cinquante-trois ans, arrive à notre clinique privée, le 30 août 1888.

Anamnèse. — Réglée à 15 ans, la mênstruation se produit toutes les quatre semaines avec une durée de six jours. Les pertes moyennes ne sont pas douloureuses. M^{me} C..., se marie dans sa dix-neuvième année et accouche deux fois. Suite de couche normale.

Elle se porte bien jusqu'à l'âge de quarante-six ans, où une péritonite l'oblige à garder le lit pendant six semaines. Dès lors, les menstrues sont irrégulières, l'écoulement sanguin plus abondant est accompagné de légères douleurs abdominales.

Deux ans plus tard, la malade est atteinte d'une violente métrorragie qui se prolonge durant six semaines.

Les règles disparaissent alors complètement : elles reviennent en janvier 1889 et persistent lorsque M^{me} C..., entre dans notre clinique.

Les douleurs abdominales se sont accrues surtout dans le côté gauche,

L'augmentation de l'abdomen a été pour la première fois constatée par la patiente dans le courant du mois de février 1886. Rapide au début, elle s'est ralentie dans la dernière année.

État actuel. — M^{me} C... est de grandeur moyenne, considérablement amaigrie. Facies ovarique. Organes thoraciques normaux. L'urine ne contient pas d'albumine. Pas d'œdème des extrémités.

L'abdomen distendu correspond à une grossesse de six mois. La percussion produit un son mat, sauf dans l'hypochondre droit où la

matité est remplacée par une légère sonorité. A la palpation, la fluctuation est manifeste sur toute l'étendue de la tumeur.

A l'examen interne on découvre derrière la symphyse une tumeur arrondie, élastique, refoulant le col utérin en arrière et remplissant en partie la cavité pelvienne. On perçoit de la fluctuation à travers le cul-de-sac en percutant l'abdomen. La sonde utérine indique une longueur de 8 centimètres et permet de diagnostiquer l'utérus en rétroposition et rétroversion, collé pour ainsi dire dans la concavité du sacrum. On ne sent pas de pédicule.

Diagnostic clinique. Kyste uniloculaire à gauche, adhérences probables.

Opération. — Le 2 septembre, en présence de mon collègue de clinique M. le professeur Vuillet, de M. le Dr Vauthier ainsi que de notre interne M. le Dr Bomcort. Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, nous faisons une incision abdominale allant jusqu'à l'ombilic et mettant à nu les parois de la tumeur.

Nous ne trouvons pas d'adhérences pariétales, mais remarquons sur la partie droite du kyste et lui adhérent un cordon de la grosseur d'une trompe de Fallope, dirigée de dehors en dedans et de bas en haut, se prolongeant jusqu'à l'incision.

La ponction du kyste qui s'affaisse aussitôt donne passage à un liquide clair, légèrement brunâtre.

Nous pouvons alors poursuivre le cordon sus-mentionné jusqu'au cæcum et reconnaître en lui l'appendice vermiforme. Pour le détacher du kyste nous procédons à une dissection très minutieuse parfois fort difficile.

Après avoir décollé des adhérences très fortes entre la tumeur et le cæcum, le côlon ascendant et la portion iliaque du côlon, nous arrivons au pédicule partant de l'ovaire gauche. Il a une largeur de trois travers de doigt ; après l'application préalable de trois ligatures il est sectionné et laissé dans la cavité abdominale. La toilette du péritoine terminée nous posons cinq suture profondes, intéressant toute l'épaisseur des parois abdominales et onze sutures superficielles. Pansement de Lister.

La plaie guérit par première intention et la malade quitte la clinique un mois après l'opération.

Dans ce cas particulier, Jentzer parvint avec beaucoup de peine à rompre les adhérences, mais il est d'avis que, s'il lui arrivait par inadvertance d'inciser ou de déchirer l'appendice cæcal en le libérant d'adhérences, il le réséquait après ligature préalable.

Dans la première observation de Carl Schröder, il s'agit aussi d'un kyste dermoïde de l'ovaire *gauche*.

OBSERVATION XII

Carl Schröder.

Une dame fut opérée par moi le 26 juin 1881, à Stargard. Il s'agissait d'un kyste dermoïde rempli de pus qui se vida à travers un trou de ponction faite à travers la paroi abdominale antérieure. L'incision de la laparotomie fut faite à gauche de l'ouverture de la fistule sur la ligne médiane. L'épiploon adhérent au kyste sur la longueur d'une main fut réséqué. La tumeur tout entière était adhérente en arrière et en bas, au point qu'il fut difficile de la libérer de la paroi abdominale antérieure. Bientôt se montrèrent du pus, de la matière onctueuse et des cheveux. L'opérateur arriva à libérer la tumeur avec peine en arrière et à gauche. A droite, elle adhérait avec le cæcum par un épais tissu fibreux qui donna lieu à une hémorragie modérée : l'appendice dut être disséqué sur toute sa longueur avec le bistouri pour le libérer de l'adhérence fibreuse dans laquelle il était entièrement englobé et on put faire alors la ligature du pédicule du kyste qui partait de l'ovaire gauche. Guérison consécutive.

Nous en aurons terminé avec l'anatomie pathologique quand nous aurons dit que, comme pour les annexites, il peut se produire sur l'appendice une poussée tuberculeuse. Telle l'observation suivante.

OBSERVATION XIII

Alfred Smith, *The Dublin, J. of med. science*, février 1894.

Il s'agit d'une malade ayant déjà subi deux fois l'ovariotomie pour des ovaires kystiques. On intervient une troisième fois pour traiter l'adhérence que l'ancien pédicule ovarien droit avait contractée avec le cæcum. Dans le cours de l'opération pendant qu'on essayait de briser l'adhérence, du pus s'échappa, on découvrit qu'il provenait d'une grande cavité ulcérée, formée par l'extrémité de l'ancien pédicule, une portion de la paroi du cæcum et l'appendice. Celui-ci présentait à son extrémité libre un ulcère de caractère tuberculeux. On le réséqua et on sutura.

Au point de vue symptomatique, nous n'avons rien de bien spécial à signaler. Il est possible qu'on puisse noter les mêmes phénomènes que dans les cas d'adhérences aux tumeurs inflammatoires. Une complication dont nous avons trouvé une seule observation est celle d'une obstruction intestinale par adhérence de l'appendice à un kyste de l'ovaire. Nous trouvons dans ce cas les deux modes possibles d'étranglement par l'appendice vermiculaire : disposition en anneau et brides fibreuses. L'observation a été publiée par Ridson Bennett dans *Transact. of the pathol. Soc. of London*, 7 décembre 1852. Elle est du reste reproduite dans la thèse de Coriveaud.

Que faut-il faire quand on trouve l'appendice adhérent ? Nous avons vu que la plupart des chirurgiens n'hésitaient pas à le réséquer : du reste, nous allons revenir longuement sur le manuel opératoire, tel que l'entend M. le professeur Poncet.

CHAPITRE V

D'après les observations que nous avons recueillies, il semble que les adhérences pathologiques de l'appendice avec les organes avoisinants plus particulièrement avec la trompe et les ovaires sont loins d'être rares.

Dans toute laparotomie surtout lorsqu'elle doit être suivie de l'ablation d'une tumeur intra-abdominale, soit inflammatoires, soit néoplasique, le chirurgien, suivant la remarque de M. le professeur Poncet, devra donc se préoccuper de cette éventualité.

Il sera prudent, dans tous les cas, lorsque la tumeur aura été enlevée, et avant de refermer le ventre, de se préoccuper de l'état de l'appendice vermiculaire. Son exploration sera souvent des plus faciles, il suffit de se reporter du côté du cæcum que l'on prend comme point de départ de cette investigation.

Il nous semble que c'est seulement après avoir constaté l'intégrité de l'appendice vermiculaire, que l'on peut sans arrière-pensée, du côté de cet organe, après une opéra-

tion abdominale laborieuse, alors que de nombreuses adhérences ont été déchirées, pratiquer des sutures post-laparotomiques.

Le traitement de ces adhérences est naturellement subordonné à leur épaisseur, à leur étendue, et la conduite chirurgicale à tenir nous paraît essentiellement subordonnée à la facilité plus ou moins grande avec laquelle ces adhérences peuvent être libérées.

La question se résume ainsi : peut-on libérer l'appendice sans le déchirer, sans compromettre particulièrement sa nutrition, ou bien au contraire, les manœuvres de libération doivent-elles entraîner une déchirure ou une perforation de cet organe ?

Dans la première hypothèse, on pourra et on devra volontiers se contenter de détacher les adhérences et après s'être bien assuré que l'appendice est indemne et qu'on ne court dans la suite aucun risque de voir une perforation se produire abandonner cet organe dans son lieu et place habituels.

Si, au contraire, les adhérences sont épaisses, résistantes, si le péritoine qui recouvre l'appendice est détruit, arraché, en un mot, si on a le moindre doute sur la vitalité des portions dénudées et, *a fortiori*, si une perforation appendiculaire se produit, quelles qu'en soient les dimensions, c'est à la résection de la totalité de cet organe qu'il faut immédiatement recourir.

Il en va de même, bien entendu, si après l'opération on constate une lésion du même genre sur l'appendice qui a passé inaperçu, confondu avec les organes voisins, dont on a dû détacher les adhérences sans pouvoir se rendre un compte exact de leurs rapports entre eux.

La résection doit-elle être partielle ou totale ? Nous pensons, suivant l'opinion de M. Poncet, que l'on ne devra pas plus songer à une résection partielle qu'à une suture de perte de substance des bords de l'appendice vermiculaire. C'est l'extirpation totale que nous conseillons dans de tels cas et qui a du reste été pratiquée, ainsi qu'on peut en juger par nos observations, par les différents chirurgiens qui se sont trouvés aux prises avec cette complication opératoire.

Quant à l'opération elle-même, elle doit être pratiquée comme dans une appendicite nécessitant la résection de l'appendice.

Nous indiquons ici la technique opératoire suivie par M. Poncet et qu'il a maintes fois employée avec succès dans les ablations de l'appendice vermiculaire.

Dans un premier temps, il étreint avec des pinces hémostatiques à mors plus ou moins longs précisément suivant sa longueur, le méso-appendice. Il peut alors avec des ciseaux, sectionner ce dernier à 3 ou 4 millimètres au-dessous de cet organe qui se trouve ainsi libéré sur toute sa hauteur.

Dans un deuxième temps, il procède à la ligature en chaîne au-dessous de la pince du méso-appendice et, pour mieux assurer encore l'hémostase, il applique une suture en surjet sur les bords du méso-appendice.

Troisième temps : section et suture des bords de l'appendice : l'appendice est sectionné entre deux pinces hémostatiques appliquées sur sa longueur, la pince supérieure distante de 5 ou 6 millimètres de l'orifice d'aboutement de l'appendice dans le cæcum et l'intervalle entre les deux pinces étant également de 5 à 6 millimètres.

La mise en place de ces pinces a pour but de s'opposer à l'écoulement des matières qui pourraient être contenues dans l'appendice. La section est pratiquée au ras des pinces inférieures. Un coup de ciseaux sectionne l'appendice, alors que les précautions usuelles sont prises pour que les liquides ou les matières situées dans la portion étreinte ne s'épanchent pas dans le péritoine.

M. Poncet préfère à l'application des pinces au voisinage de l'embouchure, dans le cæcum une ligature à la soie fine ou au catgut qui a pour but également de s'opposer à l'écoulement des liquides. Cette ligature est modérément serrée de façon à fermer l'appendice, mais sans amener un sphacèle et même des troubles dans sa nutrition.

Aussi M. Poncet laisse-t-il en place cette ligature après l'application des sutures la considérant comme un complément d'occlusion de la portion appendiculaire abandonnée. Cette ligature d'attente qui vaut mieux que la pince qui étreint souvent trop fort devient ainsi une ligature définitive.

On procède ensuite à la fermeture de l'orifice par une double ou triple suture de Lambert, suivant les dimensions de l'orifice.

Il est nécessaire avant l'application des fils de désinfecter la paroi interne de l'appendice : pour ce faire, les bords de l'orifice étant maintenus écartés par deux pinces hémostatiques, M. Poncet introduit dans le canal appendiculaire sur une hauteur de 6 à 8 millimètres, l'extrémité rougie d'un couteau très fin, d'une aiguille à bas.

Il donne à cette cautérisation cavitaire rapide la préférence sur l'emploi des antiseptiques, des caustiques liquides

en raison de son emploi plus facile et de son mode d'action plus sûr.

Chaque fil chevauche au-dessous de la séreuse péritonéale sur une longueur de 4 à 5 millimètres, et lors de leur nouement, il faut avoir soin de bien invaginer en dedans les bords de la plaie appendiculaire, de façon à obtenir tout l'accollement en surface que doit donner une bonne suture de Lambert. Il faut ici se servir naturellement comme dans toute suture intestinale d'aiguilles fines, mousses et de fils fins absolument aseptiques. En raison de leur souplesse, de leur maniement plus facile, M. Poncet se sert plus volontiers de fils de soie, mais on pourrait également utiliser les fils de catgut chromique fins et absolument stérilisés.

Un seul plan de suture de Lambert est suffisant et nous ne voyons pas l'utilité d'une suture des bords de la muqueuse.

CONCLUSIONS

Il peut exister à l'état normal des adhérences entre l'appendice vermiculaire et les organes avoisinants : mésentère, intestins, trompe, ovaire, foie, rein, etc. Ces adhérences sont le plus souvent le fait d'anomalies de développement et n'appartiennent pas à la catégorie des adhérences que nous avons eu particulièrement en vue dans notre thèse.

Nous nous sommes partout occupé en effet des adhérences pathologiques de l'appendice vermiculaire devant préoccuper le chirurgien dans le cours d'opérations intra-abdominales.

Les adhérences à en juger par les nombreuses observations que nous avons recueillies de ci de là dans la littérature chirurgicale ne constituent pas une complication rare.

Elles s'expliquent par la longueur, la mobilité plus ou moins grande de l'appendice vermiculaire, par sa situation, par ses rapports normaux avec tel ou tel organe.

D'après nos observations, douze fois il s'agissait

d'affections inflammatoires des annexes : salpingites, pyosalpynx; vingt fois de kystes de l'ovaire, une fois de tumeur de l'utérus, une fois de tumeur du mésentère.

D'après les renseignements que nous avons pu nous procurer auprès de divers chirurgiens le nombre des cas publiés d'adhérences de l'appendice constatées au cours de laparotomies, ne nous paraît pas répondre encore à la réalité des faits et nous croyons que ces adhérences sont notablement plus fréquentes qu'on ne pourrait le supposer d'après les observations publiées.

Dans tous les cas, il nous paraît prudent de formuler avec M. Poncet, la règle générale suivante : rechercher ce qu'est devenu l'appendice après toute opération intra-abdominale ayant nécessité la rupture d'adhérences et alors surtout qu'il n'a pas toujours été possible, dans ces manœuvres intra-abdominales profondes, de reconnaître les divers organes adhérents entre eux.

Dans tous les cas de lésions appendiculaires, déchirures des tuniques, avec ou sans perforation, si la vitalité de l'appendice paraît sur un point être compromise, c'est suivant l'opinion de M. le professeur Poncet, à sa résection totale qu'il faut avoir recours et non à une opération réparatrice, dans l'espèce d'une exécution plus difficile et surtout moins sûre.

Nous nous sommes étendu longuement sur la technique opératoire de l'ablation de l'appendice dont le dernier temps est une occlusion parfaite de la plaie par des sutures de Lambert.

Si des perforations de cet organe, si un sphacèle limité de la paroi consécutif à la déchirure d'adhérences ont pu, passant inaperçus, entraîner la mort chez des laparo-

tomisés (cas de Lawson Tait), la résection n'a donné que des guérisons.

Nous avons cependant trouvé un cas de fistule pyostercorale ayant succédé à cette opération : l'observation est consignée dans la statistique de MM. Terrier et Hartmann portant sur 59 cas de laparotomies pour suppuration pelvienne alors que les chirurgiens avaient dû trois fois réséquer l'appendice. Nous ignorons ce qui est advenu de cette fistule.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

PONCET.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Asch. — Cinquième Congrès de la Soc. allemande de gynécol., 27 mai 1893.
- Benett. — Obstr. interne causée par l'adhérence de l'appendice à l'ovaire.
Transact. of the pathol. Soc. of London, 7 décembre 1852.
- Braun. — Des adhérences dans les kystes de l'ovaire, thèse Nancy, 1890.
- J.-L. Championnière. — Journ. de méd. et chir. pratiques, 1889. Statistique pour l'ablation uni et bilat. des annexes.
- Clado. — Appendice cæcal, Mém. Soc. biol., 1892.
- Condamin. — Appendice cæcal, Prov. méd., 1891.
- Coriveaud. — Etranglement intest. par l'appendice, thèse Montpellier, 1873.
- Cruveilhier. — Anatomie descriptive.
- Dale. — Obstr. intest. par l'appendice adhérent à l'iléon. British med. Journ., 1829, t. II.
- Delbet. — Suppurations pelviennes.
- Fergusson. — Deux cents dissections d'appendice: The internat. J. of med. sc., 1891.
- Hégar et Kaltenbach. — Traité de gynéc. pratique. traduit par Paul Bar, 1885.
- Jentzer. — Arch. de tocologie, mars 1889 : un cas de kyste de l'ovaire g. adhérent à l'appendice.
- Lafforgue. — Rech. anat. sur l'appendice vermicul., J. intern. d'anat. et phys., 1893.
- Mariau. — Circulat. de la v. porte, thèse Lyon, 1892.
- Martin. — Maladies des femmes, traduit par Varnier et Weiss, 1889.
- Olshausen. — Krankheiten der Ovarien, in Deutsche Chirurgie, tome 58, 1886.
- Péan. — Cliniques et en particulier, t. II.

- Pitres. — Double étranglement intest. par l'appendice. Mém. et bull. Soc. méd. chir. des hôp. et hospices de Bordeaux, 1869.
- Pozzi. — Traité de gynécol., 1892.
- Soc. chir., 1890. Statistique des opérat. faites à Lourcine-Pascal.
- Ribbert. — Archiv. f. pathol. Anat. u. Phys., 1893.
- Sappey. — Anatomie descriptive.
- Sheffey. — South. m. et J., p. 654, août 1849.
- Carl Schröder. — Malad. des organes génitaux de la femme, 1886, traduit par Lauwers et Hertoghe.
- Carl Schröder. — Statist. de 300 ovariot., Berl. klin. Wochen., 1882.
- Alfred-J. Smith. — Colectomie pour adhérence du cæcum à un ancien pédicule ovarien, appendice tuberculeux, The Dublin, J. of med. sc., février 1894.
- Lawson Tait. — Traité des maladies des ovaires, 1886.
- Terrier. — Revue de chirurgie.
- Terrier et Hartmann. — Congrès français de chirurg., 1893 : 59 cas de laparot. pour lésions suppurées péri-utérines.
- Terrillon. — Bulletins de thérapeutique.
- Salpingites et ovarites.
- Testut. — Traité d'anatomie humaine.
- Trèves. — Anat. of the intest. canal and périt., British. med. J., 1885.
- Tuffier. — Le cæcum et ses hernies, Arch. génér. méd., 1887.
- Et en outre :
- Thèses, Paris, 1889, Jonnesco.
- 1890, Maurin.
- 1891, Martinez, Mariage, Benoit.
- 1893, Le Guern, Perignon.

